N° 146.

ESSAI

SUR LE DIAGNOSTIC

DES

ANÉVRISMES DE L'AORTE,

ET SPÉCIALEMENT SUR LES SIGNES QUE FOURNIT L'AUSCULTATION DANS CETTE MALADIE;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 23 août 1823, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

Par J. BOUILLAUD, de Garat,
Département de la Charente,
Ex-Interne de première classe des hôpitaux de Paris; ancien Élève de l'école pratique.

Le but désirable, l'unique but même de la médecine pratique, doit être de s'efforcer à reconnaître les maladies organiques à des signes certains, à des symptômes constans. Corvisart.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.
1823.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

Messieurs

LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.
ALIBERT, *Suppléant.*
BÉCLARD.
BERTIN, *Président.*
BOUGON.
BOYER, *Examinateur.*
CAYOL.
CLARION, *Examinateur.*
DENEUX.
DÉSORMEAUX.
DUMÉRIL.
DUPUYTREN.

Messieurs

FIZEAU.
FOUQUIER, *Examinateur.*
GUILBERT.
LAENNEC.
MARJOLIN.
ORFILA.
PELLETAN fils.
RÉCAMIER.
RICHERAND.
ROUX.
ROYER-COLLARD.

Professeurs honoraires.

CHAUSSIER.
DE JUSSIEU.
DES GENETTES.
DEYEUX.
DUBOIS.
LALLEMENT.
LEROUX.
MOREAU.
PELLETAN.
PINEL.
VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Adelon.
Alard.
Arvers, *Examinateur.*
Breschet, *Examinateur.*
Capuron.
Chomel.
Cloquet aîné.
Coutanceau.
Delens.
Gaultier de Claubry.
Guersent.
Jadioux.
Kercaradec.
Maisonnabe.
Moreau, *Suppléant.*
Murat.
Parent du Chatelet.
Pavet de Courteille.
Ratheau.
Richard.
Rullier.
Ségalas.
Serres.
Thévenot.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

ET

A MA MÈRE.

Hommage de piété filiale.

A MON ONCLE,

Ancien Chirurgien-Major; Chevalier de la Légion-d'Honneur, etc.

ET

A MA TANTE, SON ÉPOUSE.

Témoignage d'une reconnaissance et d'un attachement éternels.

A MADAME MALLIER,

ET

A MONSIEUR ÉPOIGNY (ORMEAU).

Leurs bienfaits ne s'effaceront jamais de mon cœur.

J. BOUILLAUD.

AVANT-PROPOS.

Placé comme interne dans un hôpital dont le médecin en chef (M. le professeur *Bertin*) a fait une étude particulière des maladies du cœur, je me suis livré moi-même, sous ses auspices, avec une sorte de prédilection à l'observation de ces maladies. J'ai fait sur elles un travail où j'ai mis à profit les précieuses recherches de M. *Bertin* sur les diverses formes de l'hypertrophie, et celles de M. le professeur *Laennec* sur les signes de ces affections. Je croyais pouvoir offrir aujourd'hui ce travail à la savante Faculté de médecine de Paris : c'était lui présenter en quelque sorte son propre ouvrage, mais des circonstances imprévues m'ont obligé de resserrer ma dissertation inaugurale dans des limites moins étendues.

Je me suis proposé dans cette dissertation de jeter quelque jour sur le diagnostic des anévrismes de l'aorte, maladie dont les signes étaient fort incertains avant que M. *Laennec* nous eût créé, pour ainsi dire, un nouveau sens, en nous faisant connaître les merveilleuses ressources que fournit l'auscultation pour le diagnostic des affections thoraciques. Je sens le premier combien un

semblable travail, très-rapidement exécuté, a besoin de l'indulgence des célèbres professeurs chargés de l'examiner. Je me trouverai donc trop heureux s'ils daignent le recevoir avec bienveillance, et se persuader de tout le regret que j'éprouve de ne pouvoir leur offrir en ce moment quelque chose de plus digne d'eux.

ESSAI

SUR LE DIAGNOSTIC

DES

ANÉVRISMES DE L'AORTE,

ET SPÉCIALEMENT SUR LES SIGNES QUE FOURNIT L'AUSCULTATION DANS CETTE MALADIE.

ARTICLE PREMIER.

Considérations générales et observations particulières sur l'anévrisme de l'aorte.

Les lumières que la belle découverte de l'auscultation médiate a répandues sur le diagnostic des maladies du cœur et des poumons n'avaient point encore tout-à-fait dissipé l'obscurité de celui des anévrismes de l'aorte, lorsque M. le professeur *Laennec* publia son excellent ouvrage. A cette époque (1819), le célèbre observateur que je viens de nommer s'exprimait ainsi en parlant des signes de l'anévrisme de l'aorte : « Je ne sais trop encore jusqu'à quel point l'auscultation médiate pourra servir à établir le diagnostic des anévrismes de l'aorte. J'en ai peu rencontré depuis le commencement de mes

recherches. Quelques-uns de ces faits donnent l'espérance, et même la certitude que, dans plusieurs cas au moins, le cylindre fera reconnaître la maladie avant qu'elle ait produit aucun symptôme local ou général grave. D'autres, au contraire, prouvent qu'un anévrisme très-volumineux de l'aorte pectorale peut exister sans que l'auscultation le fasse reconnaître, surtout si l'on n'a d'ailleurs aucun motif d'en soupçonner l'existence. » Deux observations d'anévrismes de l'aorte que j'ai recueillies récemment, sous les yeux et à la clinique de M. le professeur *Bertin*, me portent à croire qu'au moyen d'une auscultation attentive, on parviendra à reconnaître cette affection, même lorsqu'elle a son siége sur la partie ascendante et la crosse de l'aorte. Cette assertion, en apparence contradictoire à l'opinion de M. *Laennec*, se concilie néanmoins parfaitement avec elle. En effet, dans les cas rapportés par M. *Laennec* pour faire voir que l'anévrisme de la crosse de l'aorte pourrait être facilement méconnu, le cylindre n'avait point été appliqué sur le sternum. Si M. *Laennec* eût pratiqué l'auscultation dans cet endroit, je suis bien persuadé qu'il aurait reconnu l'anévrisme, d'autant plus qu'il l'avait effectivement annoncé dans des cas où le diagnostic était bien plus difficile. Ce ne sera qu'après avoir rapporté les deux exemples d'anévrisme de la crosse de l'aorte dont j'ai parlé que j'exposerai les signes de cette maladie.

Ire OBSERVATION.

Symptômes généraux des maladies du cœur, battemens très-forts et sonores sous le sternum et les cartilages des premières côtes droites, etc. — Mort six semaines après l'entrée. — *Anévrisme vrai de la crosse de l'aorte, hypertrophie et dilatation du ventricule gauche, ossifications et ulcérations de l'aorte, péritonite et entérite.*

Jean Hivet, âgé de soixante-cinq ans, terrassier, pas très-fortement constitué d'une taille et d'un embonpoint médiocres, pâle, cheveux cendrés, entra à l'hôpital Cochin le 28 novembre 1822. Il éprouvait depuis trois

ans des palpitations et des étouffemens qu'il attribuait aux rhumes nombreux dont il avait été affecté. Un nouveau catarrhe bronchique qu'il avait contracté dans le mois de septembre dernier l'avait forcé de s'aliter. Depuis cette époque, son état s'était considérablement aggravé, et il ne pouvait plus continuer ses pénibles travaux.

Voici les phénomènes que nous observâmes à son entrée : teint d'un pâle jaunâtre, pesanteur de tête, vertiges, étourdissemens, étouffement au moindre exercice, sentiment de *faiblesse* dans la région épigastrique, avec tendance à *se trouver mal;* engourdissement des membres inférieurs tel, que souvent le malade les croit *morts;* toux avec crachats épais, collans, muqueux ; langue rouge sur les bords, jaunâtre au milieu, assez humide ; inappétence et nausées, pouls irrégulier, inégal, intermittent, sans harmonie avec les battemens du cœur.

Auscultation. Le murmure respiratoire s'entend dans toute la circonférence de la poitrine ; il est même assez bruyant ; les battemens du cœur se font également entendre dans toute l'étendue du thorax. Explorés à la région précordiale, les battemens des ventricules, très-inégaux, intermittens, sont clairs, sonores et d'une impulsion médiocre. Au milieu de pulsations faibles se manifestent des contractions brusques, soudaines, analogues au soubresaut d'un ressort. *Sous le sternum et les cartilages des premières côtes sternales droites, on entend des battemens simples, accompagnés d'un bruit très-clair, comme éclatant et mêlé d'une sorte de sifflement particulier.* Les contractions des oreillettes s'entendent bien vers les clavicules ; on ne les entend que très-confusément, au contraire, dans la région du cœur.

Diagnostic. Hypertrophie anévrismale des ventricules, anévrisme de l'aorte sous-sternale.

Prescription : till. orang. jul. digit., pédil. sinap.

Les jours suivans le malade se trouve un peu mieux ; le sommeil est tranquille, le pouls moins irrégulier ; la respiration ne paraît pas gênée.

Les 8 et 9 décembre, l'oppression est très-considérable ; le cœur

frappe la main par une large surface, les battemens du ventricule gauche, moins forts et moins irréguliers qu'à l'entrée, sont accompagnés d'un sifflement assez marqué, qui ne paraît être que le retentissement de celui qui existe sous le sternum et les cartilages des premières côtes droites. On continue l'emploi de la teinture de digitale, dont la dose, graduellement augmentée, s'élevait le 14 décembre à soixante-cinq gouttes.

Le 19 décembre, à la visite du matin, le malade offre des signes d'aliénation mentale. Son visage, singulièment décomposé, exprime un sourire stupide. L'on suspend l'usage de la digitale.

Le 20, l'aliénation mentale persiste. Cet homme s'imagine qu'il va être *fusillé* : il dit tranquillement, et avec l'air de la plus intime conviction qu'il voit disposer les préparatifs de son supplice, demande grâce à tout le monde, etc. Pendant le reste de la journée, il s'imagine être à la pêche dans son pays. Le pouls est ralenti, mais très-irrégulier; de temps en temps plusieurs pulsations se succèdent coup sur coup.

Le 21, au matin, continuation du délire tranquille, pommettes injectées, yeux brillans. (M. *Bertin* prescrit une saignée de pied). Le soir, le malade paraît paisible, son visage est moins coloré ; il est plus que jamais persuadé de sa mort prochaine.

Le 22, la figure est profondément ridée, tout-à-fait décomposée ; air de stupidité, sourire imbécille, assoupissement.

Le 23, à la visite du matin, le malade semble avoir repris l'usage de sa raison, il a de la fièvre, son visage est injecté, sa langue sèche et croûteuse, son pouls fréquent, sa peau chaude. (Till. orang. soup). Les momens lucides ne durèrent pas long-temps. En effet, quand on lui présenta sa soupe, le malade la refusa, sous prétexte que l'on voulait l'empoisonner. Cependant il finit par l'accepter.

Les 24, 25, 26 et 27, la raison se rétablit entièrement. Le malade qui se souvient de ses égaremens, ne conçoit pas comment il a pu les commettre.

Les 28 et 29, l'esprit continue à jouir de son intégrité.

Les jours suivans, le malade se plaint, comme à l'ordinaire, de faiblesse et d'oppression ; il dit être enrhumé, et rapporte le siége de son mal sous le sternum, où les crachats sont, dit-il, attachés. (On reprend l'usage de la teinture de digitale.)

Le 11 janvier, oppression extrême, crachats blancs, opaques et collans ; nouvelle décomposition des traits.

Le 13, l'intelligence s'altère une seconde fois. Le malade croit voir les canons braqués sur lui. Enfin il meurt le 14, à sept heures du matin, après un râle assez prolongé.

Autopsie cadavérique quarante-huit heures après la mort.

1.° *Habitude extérieure.* Peu de rigidité cadavérique, point d'infiltration, rougeur des parties déclives.

2.° *Organes circulatoires et respiratoires.* Le côté gauche de la poitrine contient plus d'une pinte de sérosité rouge, analogue à du sang délayé dans l'eau. Les deux poumons sont généralement crépitans. Le gauche, comprimé par l'épanchement, est bien moins volumineux que le droit. La membrane muqueuse des bronches est rouge, le péricarde injecté ; le cœur, débarrassé des caillots énormes qu'il contient, est encore d'un bon tiers plus volumineux que le poing du sujet ; les cavités droites n'offrent de remarquable que la rougeur de leur membrane interne ; les cavités gauches sont dilatées, le ventricule gauche, presque trois fois plus grand que le ventricule pulmonaire, pourrait contenir un œuf d'oie ; ses parois, vers la base, ont environ six lignes d'épaisseur ; l'oreillette correspondante, est également dilatée et hypertrophiée, les orifices ne présentent aucune lésion notable. Dans toute sa portion sous-sternale, l'aorte, dilatée en tous sens, forme une tumeur ovoïde du volume du poing du sujet ; le sac anévrismal, composé des trois membranes artérielles uniformément dilatées, contient un caillot fibrineux blanc, qui n'est point formé de couches concentriques distinctes et superposées ; les parois artérielles sont épaissies ; le péricarde, qui se réfléchit sur le commencement de l'aorte, est injecté, rouge, ainsi que la tunique celluleuse de cette artère ;

la membrane interne est, pour ainsi dire, criblée d'ulcérations. Décollée en plusieurs points, on trouve au-dessous d'elle une matière pulpeuse, grumeleuse, stéatomateuse, jaunâtre; elle se détache avec une grande facilité de la moyenne. L'aorte pectorale descendante et l'aorte abdominale, conservent très-sensiblement leur calibre ordinaire; mais leurs parois, dures et épaissies, crient sous l'instrument qui les incise. La surface interne du vaisseau est comme plaquée de lames cartilagineuses et calcaires, dont quelques-unes ont déchiré la membrane interne, et sont à nu au milieu du sang. On y rencontre en outre un grand nombre d'ulcérations. Plusieurs sont très-profondes et d'une couleur noire; les autres, plus superficielles, n'intéressent que la membrane interne; celle-ci est généralement inégale et rugueuse. La rougeur que j'ai dit exister à la surface de la tumeur anévrismale règne tout le long de l'aorte. L'altération de la membrane interne se prolonge dans les artères qui naissent immédiatement de l'aorte, circonstance qui diminue d'une manière inégale l'embouchure des troncs qui partent de la convexité de la crosse.

3.° *Organes abdominaux.* La portion du feuillet pariétal du péritoine, qui se trouve en contact avec les circonvolutions inférieures de l'intestin grêle, est tapissée d'une fausse membrane couenneuse, jaunâtre, albumineuse, et tout-à-fait semblable à du pus concret. Ces circonvolutions elles-mêmes, enfoncées dans l'excavation du bassin, sont d'un rouge foncé à l'extérieur. La membrane muqueuse de l'estomac offre une rougeur ponctuée très-vive qui se termine brusquement vers le duodénum, avec la blancheur duquel elle contraste. L'intestin grêle contient une matière liquide, rougeâtre, sanguinolente, analogue à de la lie de vin; sa membrane muqueuse, comme imbibée de ce liquide, est d'un rouge foncé; ses vaisseaux capillaires, admirablement injectés, forment des arborisations à rameaux très-rapprochés; quelques circonvolutions ne présentent que des réseaux isolés; partout ailleurs l'injection est continue, le tissu de l'intestin facile à déchirer, et comme *flétri.* La membrane muqueuse n'offre

aucune trace d'ulcération ; mais dans les dernières anses de l'iléon elle est recouverte d'une couche grisâtre qui lui adhère assez fortement, et ressemble à une véritable fausse membrane, telle que celle qui existait sur le péritoine correspondant. La membrane muqueuse du gros intestin offre une rougeur et une injection rosée. Les autres viscères abdominaux sont dans l'état sain.

4.° *Organes encéphaliques.* Les méninges sont légèrement épaissies, et d'une couleur un peu laiteuse ; les ventricules cérébraux contiennent une assez abondante quantité de sérosité blanchâtre. La substance cérébrale ne présente aucune altération.

II.e OBSERVATION.

Symptômes ordinaires des maladies du cœur ; battemens simples très-forts, accompagnés d'un bruit de soufflet dans la région du sternum et la partie latérale supérieure droite de la poitrine, etc. Mort sept semaines après l'entrée. *Anévrisme énorme de l'aorte sous-sternale, avec dilatation uniforme des trois membranes artérielles. Hypertrophie très-considérable du cœur.*

Pierre Pinçon, âgé de trente-cinq ans, matelassier, d'un tempérament sanguin-bilieux, fortement constitué, cheveux châtains, entra à l'hôpital Cochin le 20 mai 1822. Il éprouvait depuis plusieurs années une difficulté de respirer qui augmentait surtout lorsqu'il montait un escalier, et des battemens de cœur auxquels il faisait peu d'attention. Mais depuis trois mois la dyspnée et les palpitations étaient devenues beaucoup plus considérables, et s'étaient compliquées de symptômes gastriques. A son entrée, le malade présentait l'état suivant : face livide, plombée, bouffie ; légère infiltration des membres, surtout à gauche ; oppression, orthopnée, parole entrecoupée, peu de sommeil, réveils en sursaut, pouls régulier, sans fréquence, développé, dur et vibrant au bras droit, très-petit au bras gauche ; langue blanche et humide ; toux, crachats visqueux.

Auscultation. Râle muqueux dans presque toute l'étendue de la poitrine. On entend sous la partie moyenne et supérieure du sternum et sous la clavicule, dans une étendue de plusieurs pouces, des battemens simples très-forts, accompagnés d'un bruit de soufflet très-prononcé. Ce bruit se fait entendre dans la région précordiale, et y couvre, pour ainsi dire, le son naturel, produit par les contractions des ventricules. Ces contractions, isochrones aux battemens simples que je viens d'indiquer, soulèvent assez fortement le cylindre.

Diagnostic. Anévrisme de la crosse de l'aorte, hypertrophie du cœur, catarrhe bronchique.

M. *Bertin* prescrit une saignée de trois palettes, un julep avec la teinture de digit, et une tisane apéritive.

La saignée procura du soulagement, la respiration devint moins laborieuse.

Le 23, retour de l'oppression, anxiété extrême, insomnie. Le 24, même état, picotement dans les membres, sentiment d'un poids incommode dans la région cardiaque, vers l'appendice xiphoïde ; ventre en assez bon état.

Les jours suivans (jusqu'au 4 juin), amélioration, visage moins livide, respiration libre. L'inégalité des deux pouls continue, le droit est toujours vibrant. Les veines jugulaires présentent des battemens isochrones à ceux des carotides. Le malade se lève, et mange la demie ; il a beaucoup de peine à monter l'escalier, et est obligé de s'arrêter à chaque marche.

Le 5, au soir, accès d'asthme très-considérable, contractions comme convulsives des muscles respirateurs, contractions simultanées et pour ainsi dire synergiques des muscles du cou, de la mâchoire inférieure et des ailes du nez; visage livide, sueur froide, suffocation imminente. (Saignée de trois palettes.) Nuit assez calme. Soulagement le 6 et le 7. Le 8, nouvel accès. (Saignée de trois palettes.) Soulagement comme précédemment.

Le 9, à onze heures et demie du soir, attaque d'asthme des plus violentes. Le malade, en proie à la crainte d'un étouffement prochain,

les mains appuyées sur son lit, le visage décomposé et couvert d'une sueur froide, les yeux ternes et égarés, la bouche béante, les narines dilatées, respire pour ainsi dire de toutes ses forces; les battemens de son cœur sont forts, et analogues à des coups de marteau, toutes les artères battent avec violence, et l'œil distingue les mouvemens de celles des membres supérieurs dans tout leur trajet. On prescrit un bain de pied sinapisé, qui ne produit aucun soulagement. On pratique une saignée du bras. Il s'écoule en bavant une petite quantité d'un sang noir, épais, qui se coagule presque sur-le-champ. (Sinapismes aux jambes.) Enfin au bout de quelques heures l'accès se calme, et le malade revient à son état habituel.

Le 11, oppression plus forte. (Vésicatoire à la poitrine.) Jusqu'au 20, peu de changement. On entend toujours les battemens simples indiqués plus haut; le souffle qui les accompagne a diminué d'intensité; dans l'endroit où ils se font sentir, l'application de la main fait percevoir un frémissement vibratoire très-marqué.

Du 20 au 25, les traits s'altèrent, l'œdème, très-considérable, envahit le bras droit, le pouls perd de sa vibrance; la respiration est tellement gênée, que le malade ne peut prononcer deux mots de suite; il ne mange presque plus; il n'a plus la force de se soutenir, et son corps, obéissant à sa pesanteur, retombe sur le lit quand on le soulève. Enfin l'affaissement et l'oppression augmentent. Le malade, couché horizontalement, glisse vers les pieds du lit; ses yeux sont ternes, humides, inanimés; la respiration est à chaque instant près de lui échapper.... elle lui échappe en effet, et il meurt le 2 juillet, à une heure et demie, après avoir bu un demi-verre de vin, que ses parens lui apportèrent.

Autopsie cadavérique, vingt heures après la mort (en présence de M. *Bertin*).

1°. *Habitude extérieure*. Cadavre bien conformé, énormement infiltré; son mat dans la région du sternum et à son côté droit.

2°. *Organe respiratoire et circulatoire*. Le sternum et les côtes ne présentent aucune altération; chaque cavité de la plèvre contient en-

viron un demi-litre de sérosité sanguinolente. Le cœur, d'un volume plus que triple de celui du poing du sujet, et l'aorte sous-sternale dilatée au point d'égaler la grosseur d'une tête de fœtus, remplissent à peu près les trois quarts de la cavité thoracique. Le cœur, situé transversalement, contient une énorme quantité de sang; son diamètre vertical est d'environ cinq pouces, et le transversal de huit. Il est arrondi, plus ferme à gauche qu'à droite. Ses vaisseaux sont très-gros, apparens à sa surface, où ils forment un réseau à branches très-nombreuses. Débarrassé des caillots de sang qu'il renferme, il conserve encore un volume extraordinaire. Le ventricule gauche descend plus bas que le droit; sa cavité peut contenir le poing. Ses parois, vers la base, ont huit à neuf lignes d'épaisseur; elles s'affaissent après l'incision. Les piliers charnus sont très-gros et très-multipliés; le tissu, un peu jaunâtre, rougit au contact de l'air. L'oreillette gauche, revenue sur elle-même, présente une capacité qui n'est guère que le tiers de celle du ventricule; ses parois ont augmenté d'épaisseur; sa membrane interne est rouge. L'orifice auriculo-ventriculaire gauche est dans l'état naturel. Le ventricule droit est dilaté; l'épaisseur de ses parois n'est sensiblement augmentée ni diminuée; ses colonnes charnues sont très-développées. L'oreillette droite égale en capacité le ventricule gauche; ses parois ne sont point amincies; ses colonnes charnues sont assez prononcées. L'orifice auriculo-ventriculaire droit est très-dilaté; ses valvules sont rouges, ainsi que la membrane interne des cavités droites: cette rougeur est plus foncée que celle des cavités gauches. La cloison ventriculaire participe à l'hypertrophie du ventricule gauche, auquel elle semble appartenir tout entière. La courbure sous-sternale de l'aorte, (1) dilatée jusqu'aux troncs qui naissent de sa convexité, forme une tumeur anévrismale, légèrement ovoïde, un peu bosselée à sa surface, saillante dans le côté droit du thorax, où elle répond aux quatre premières côtes et à leur cartilage. Les trois membranes artérielles, également dilatées en tous sens, composent le sac anévrismal,

(1) La dilatation était peu considérable à la partie postérieure de l'aorte.

dont l'épaisseur est plus considérable que celle que présentent ordinairement les parois de l'aorte. La membrane interne est d'un rouge très-prononcé, qui se prolonge dans tout le reste de l'aorte, et dans plusieurs des troncs qui en partent; elle est parsemée de petites ulcérations et d'une infinité de lames calcaires ou cartilagineuses jaunâtres, situées au-dessous d'elle plutôt que dans son propre tissu, et dont quelques-unes cependant sont à nu dans la cavité artérielle. Cette dernière est remplie d'énormes caillots de sang non disposés en couches concentriques, mais confusément entassés, et pour la plupart récens. Quelques-uns seulement sont comme charnus et plus anciens. La tumeur anévrismale se termine d'une manière *douce* et graduée vers la sous-clavière gauche. A partir de cette artère, l'aorte reprend son calibre naturel; elle offre seulement à l'intérieur quelques plaques jaunâtres, rudimens d'ossifications, suivant l'expression de *Morgagni*. Les poumons, comprimés par le cœur et l'anévrisme de l'aorte, sont refoulés vers les clavicules et les côtes; ils sont légèrement engorgés, mais d'ailleurs crépitans. La membrane muqueuse des bronches est rouge et recouverte d'un mucus rouillé.

Organes abdominaux. La rate et le foie sont très-volumineux et gorgés de sang; le tissu du foie est d'un rouge-brun. On y remarque une infinité de points noirâtres qui ne paraissent être autre chose que du sang épanché d'abord dans ce tissu, puis combiné avec lui. On pourrait donner à cet état du foie le nom d'*apoplexie hépatique*, en raison de son analogie avec la maladie décrite par M. *Laennec* sous le nom d'*apoplexie pulmonaire*. Les vaisseaux gastro-intestinaux sont gorgés également de sang. C'est à cette congestion sanguine passive qu'il faut rapporter la rougeur foncée et ponctuée qui existe sur la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins.

Examinons maintenant si, dans les deux cas que je viens de rapporter, il eut été possible de reconnaître sans le secours de l'auscultation l'anévrisme de la crosse de l'aorte. Pour résoudre cette ques-

tion, récapitulons les principaux symptômes que les malades présentaient.

Or, 1.° chez le malade de l'observation première, ces symptômes étaient des palpitations, des étouffemens, des étourdissemens, des tendances à la lipothymie, un sentiment de faiblesse dans la région épigastrique, un pouls très-irrégulier et sans harmonie avec les battemens du cœur. Certainement, d'après la considération seule de ces phénomènes, il nous eût été tout-à-fait impossible de reconnaître avec certitude l'existence d'un anévrisme de la crosse de l'aorte. Ces divers symptômes, en effet, sont communs à plusieurs maladies, et ne pouvaient rigoureusement faire annoncer autre chose qu'un obstacle à la circulation. Et combien ne sont pas nombreux les obstacles de cette nature ! Mais je veux que les phénomènes indiqués eussent pu suffire à faire reconnaître un anévrisme de l'aorte, toujours est-il qu'ils n'auraient jamais pu indiquer dans quelle portion de l'aorte l'anévrisme avait son siége. Ainsi je pense que, chez notre premier malade, les symptômes observés ne caractérisaient point d'une manière précise et positive une dilatation anévrismale de l'aorte, et que, quand bien même, ils auraient porté à soupçonner cette affection, il eût été impossible de dire quelle région de l'aorte l'anévrisme occupait.

2°. Chez le malade de l'observation deuxième, on reconnaissait au premier abord tous les symptômes de ce qu'on appelle *anévrisme actif* du cœur, tels que *la vibrance du pouls; des battemens des ventricules* très-forts, *le facies propria* de cette maladie, *l'infiltration*, etc. Mais il est évident qu'aucun de ces phénomènes n'indiquait d'une manière positive l'anévrisme de l'aorte. En se bornant à un examen superficiel, le médecin se serait contenté d'annoncer l'existence d'une hypertrophie anévrismale du cœur, et son diagnostic eût été juste, mais incomplet. En explorant plus attentivement le malade, on découvrait un phénomène remarquable, qui consistait dans un frémissement vibratoire, sensible à la main appliquée sur la région moyenne et latérale droite de la poitrine, au-dessous de la clavicule. Ce phénomène pouvait faire naître l'idée d'une dilatation de l'aorte sous-ster-

nale. Néanmoins il eût été peut-être téméraire d'annoncer, avec une certitude parfaite l'existence d'un anévrisme de la crosse de l'aorte d'après ce seul signe.

En dernière analyse, nous avions besoin de recourir à l'auscultation pour pouvoir reconnaître chez nos deux malades, et surtout chez le premier, l'anévrisme de l'aorte dont ils étaient affectés.

Je noterai ici, en passant, que les deux anévrismes dont j'ai donné la description anatomique concourent à prouver, avec une foule d'autres faits semblables, que l'illustre *Scarpa* a eu tort de nier l'existence des anévrismes vrais. Il est très-probable, ainsi que l'a dit M. *Laennec*, que le célèbre chirurgien de *Pavie* n'eût point soutenu cette opinion, s'il avait eu des occasions plus fréquentes d'observer des exemples d'anévrismes de l'aorte. Il est temps maintenant d'exposer d'une manière générale les signes des anévrismes de l'aorte, et spécialement ceux de sa portion sous-sternale.

ARTICLE II.

Des signes des anévrismes de l'aorte.

La science du diagnostic est, sans contredit, l'une des plus importantes parties de la médecine, puisque c'est sur elle que repose particulièrement le traitement. Comment, en effet, combattre avec succès une maladie que l'on ne connaît pas ? Il est donc de la plus haute importance de rechercher avec soin les divers signes par lesquels se manifestent les maladies. Aussi tous les vrais observateurs depuis *Hippocrate* jusqu'à nos jours ont-ils cultivé cette étude avec un zèle infini, et en ont-ils fait le sujet principal de leurs méditations. En général, le temps que l'on consacre à cette recherche est beaucoup plus utilement employé que celui que l'on donne à l'explication des maladies. Aussi, tandis que nous connaissons à peine le mécanisme de quelques-unes d'entre elles, nous possédons sur les signes de presque toutes des données extrêmement précises. Mais il en est un grand

nombre sur le diagnostic desquelles les anciens n'ont répandu aucune lumière, et plusieurs même dont les signes les plus positifs, les plus certains, n'ont été présentés que de nos jours. L'anévrisme de l'aorte est de ce nombre. Les seuls auteurs classiques qui aient éclairé le diagnostic de cette maladie sont MM. les professeurs *Corvisart* et *Laennec*.

Suivant M. *Corvisart*, le diagnostic des anévrismes de l'aorte présente toujours quelque obscurité, quand la dilatation ne se prononce point au-dehors ; tandis qu'il devient évident lorsque la tumeur se présente à l'œil et au toucher du praticien.

Voici d'ailleurs les signes que cet illustre médecin regarde comme les plus propres à faire soupçonner ou même faire reconnaître l'existence des anévrismes qui ne se présentent pas encore à la vue.

1.° Un sifflement particulier, mais qui n'existe que lorsque le lieu où siége la tumeur détermine la compression de la trachée-artère. D'ailleurs ce sifflement peut être produit, comme M. *Corvisart* en cite lui-même un exemple, par d'autres maladies que l'anévrisme de la crosse de l'aorte.

2.° Un bruissement particulier qui se fait quelquefois sentir au-dessus du lieu où se trouve placé le cœur, cet organe battant dans son lieu ordinaire. Ce signe mérite, je pense, une grande considération ; mais il n'est pas constant, puisque M. *Laennec* ne l'a jamais trouvé que dans les cas où la tumeur était déjà visible à l'extérieur : on se souvient qu'il était très-marqué chez le malade de notre deuxième observation.

3.° L'obscurité du son que rend la partie supérieure et moyenne de la poitrine quand on la frappe. . . Mais combien d'autres maladies peuvent produire ce phénomène ! et dans combien de dilatations de l'aorte ascendante, au contraire, la poitrine ne résonne-t-elle pas très-bien dans la région du sternum !

4.° La petitesse du pouls, et son irrégularité dans certains cas, d'autres fois son inégalité sur les deux bras. Mais une foule de

circonstances autres que l'anévrisme de l'aorte peuvent donner lieu à ces phénomènes.

Tous ces symptômes ne sauraient donc être comptés au nombre des signes, en quelque sorte pathognomoniques de l'anévrisme du cœur, pour me servir de l'expression de M. *Corvisart*. Néanmoins il ne faudra pas les négliger ; ils pourraient, dans quelques cas, faire soupçonner, sinon reconnaître la maladie. Mais il faut avouer avec M. *Laennec* que, dans l'état actuel de la science, il n'existe aucun moyen sûr de reconnaître l'anévrisme de l'aorte, si ce n'est dans les cas où la tumeur peut être sentie extérieurement, cas qui se réduisent aux anévrismes de l'aorte ventrale, et au très-petit nombre de ceux de l'aorte ascendante ou de la crosse, qui usent le sternum ou déjettent les cartilages des côtes; encore, dans ces cas mêmes, pourrait-on se tromper, ainsi que M. *Laennec* en rapporte un exemple. (De l'Auscult. méd. t. 2, p. 426.)

De tous les signes de l'anévrisme de l'aorte sous-sternale le seul positif, véritablement pathognomonique, consiste dans les battemens simples que l'auscultation fait reconnaître dans la région de la poitrine correspondante à la tumeur anévrismale. Ces battemens, dans les deux cas que j'ai rapportés, avaient quelque chose de si caractéristique, que je ne pense pas qu'on puisse jamais les confondre avec ceux du cœur, si l'on pratique l'auscultation avec tout le soin et toute l'attention nécessaire. A la vérité, comme ils se font entendre dans la région précordiale (du moins quelquefois), et qu'ils peuvent être accompagnés d'un bruit de soufflet, on pourrait, d'après ces circonstances, croire à l'existence d'un rétrécissement des orifices du cœur. Mais on évitera cette erreur en réfléchissant que les battemens sont plus forts sous le sternum et les premières côtes droites que dans la région précordiale elle-même. Il existe aussi dans la nature du bruit qui a lieu, dans ces deux maladies différentes, des nuances qui pourraient les faire distinguer ; mais il faut convenir qu'il serait quelquefois très-difficile de décrire ces nuances, et que notre oreille est beaucoup plus habile à les analyser que notre esprit à les exprimer. Quoi

qu'il en soit, c'est d'après les battemens que je viens d'indiquer que M. *Laennec* a reconnu deux cas de dilatation de l'aorte ascendante, et que nous avons reconnu, de notre côté, les deux anévrismes dont j'ai rapporté l'histoire dans le précédent article. Comme il est en quelque sorte physiquement impossible que ces battemens n'existent pas dans tous les cas du même genre, je me crois en droit de conclure qu'au moyen d'une exploration exacte, le diagnostic des anévrismes de l'aorte ne sera jamais au-dessus des ressources de l'art. Je sais bien que M. le professeur *Laennec*, dans son excellent ouvrage sur l'auscultation médiate, n'a pas émis la même opinion. Il y dit en effet (p. 439, t. 2) : « Il est certain que, dans plusieurs cas, on reconnaîtra les anévrismes de l'aorte à des battemens simples, et ordinairement beaucoup plus forts que ceux du cœur ; mais je pense que ce signe manquera dans beaucoup d'autres. » M. *Laennec*, ajoute ensuite qu'il lui est arrivé trois fois, depuis qu'il fait usage du cylindre, de méconnaître des anévrismes de l'aorte. La première chez une femme dont l'anévrisme s'ouvrit dans le poumon droit ; la seconde chez un vieillard qui avait une dilatation de la crosse assez considérable pour y loger deux œufs de cane ; la troisième chez une femme de cinquante ans, de petite taille, et dont la poitrine bombée en avant et en arrière, paraissait être ainsi déformée par le rachitis. La cause réelle de cette déformation était un anévrisme vrai de l'aorte ascendante, plus volumineux que la plus grosse tête d'un fœtus à terme, et qui occupait au moins le tiers de la capacité de la poitrine. (Ce fait a beaucoup d'analogie avec notre seconde observation.)

Certainement, dans les trois cas que je viens d'indiquer, s'il était arrivé à M. *Laennec* de ne pas reconnaître la maladie qui existait, après avoir ausculté attentivement la poitrine, je n'hésiterais point à placer l'anévrisme de l'aorte ascendante au nombre des maladies dont le diagnostic est au-dessus de tous les moyens d'exploration de la médecine. Mais M. *Laennec* a soin de nous dire que, chez aucun des sujets dont il vient d'être question on n'avait appliqué le cylindre sur le sternum. Je suis intimement persuadé que, sans cette dernière cir-

constance, l'existence des anévrismes de l'aorte n'aurait point été méconnue par un observateur qui possède, à un degré si éminent, le don précieux, et ce que j'appellerais volontiers le génie du diagnostic. Ainsi donc les trois faits que j'ai cités tout à l'heure ne sauraient être objectés contre l'assertion émise précédemment.

Après avoir exposé les raisons pour lesquelles le diagnostic des anévrismes de l'aorte ascendante lui semblait souvent difficile à établir, M. *Laennec* expose les signes au moyen desquels l'auscultation fait reconnaître ceux de l'aorte descendante, soit pectorale, soit abdominale. Les anévrismes de l'aorte pectorale descendante, et surtout ceux qui rongent la colonne vertébrale, manifesteront leur existence par des battemens simples, très-forts dans le point du dos correspondant aux vertèbres corrodées, signe d'autant plus certain que, comme le fait remarquer très-bien M. *Laennec*, les contractions du cœur s'entendent très-rarement dans le dos.

Quant aux anévrismes de l'aorte ventrale, on les reconnaîtra avec la plus grande facilité à l'aide du cylindre. Ils sont accompagnés de battemens énormes qui font mal à l'oreille, et de l'intensité desquels la main ne peut donner une idée, lors même qu'elle les sent très-distinctement. (De l'Ausc. méd., t. 2. p. 441.) M. *Laennec*, à la faveur de ce signe, a reconnu deux anévrismes de l'aorte ventrale, dont le diagnostic aurait été fort incertain par la seule application de la main. Le bruit qui accompagne les battemens de la tumeur est ordinairement clair et sonore, comme celui des oreillettes, mais beaucoup plus fort. C'est un bruit précisément semblable qui nous fit reconnaître l'anévrisme de l'aorte sous-sternale dont était affecté le sujet de notre première observation.

Le cylindre fera également distinguer de véritables anévrismes de l'aorte, la maladie à laquelle M. *Laënnec* a donné le nom d'*anevrismes simulés de l'aorte*, si je puis appeler *maladie* de simples battemens qui se font sentir dans la région abdominale, et le plus ordinairement vers la région épigastrique. Les battemens qui accompagnent les anévrismes simulés ont une impulsion beaucoup moins

forte que ceux qui sont produits par les véritables anévrismes de l'aorte, et le bruit qu'ils font entendre est différent. Ce bruit est analogue à celui d'un soufflet. Je pense néanmoins que ce dernier signe ne mérite pas une trop grande considération ; car le bruit qui accompagnait les battemens de l'anévrisme du malade de notre seconde observation imitait exactement aussi celui d'un soufflet. Mais des signes beaucoup plus caractéristiques consistent en ce que, dans les anévrismes simulés, les battemens disparaissent au bout d'un certain temps, et que, dans ces cas, on reconnaît par le secours du cylindre que l'artère n'a changé ni de forme ni de dimension.

D'après les observations et les considérations contenues dans ce travail, je crois pouvoir regarder comme à peu près certaines les conclusions suivantes :

1.° L'auscultation fournit pour le diagnostic des anévrismes de l'aorte des signes aussi précieux et aussi positifs que ceux par lesquels elle fait reconnaître les diverses maladies du cœur et des poumons ;

2.° On reconnaîtra les anévrismes de l'aorte sous-sternale avec la même facilité que ceux de l'aorte pectorale descendante, et de l'aorte ventrale ;

3.° Il pourra souvent arriver que l'on trouvera, à l'ouverture des cadavres, des anévrismes de l'aorte dont on n'avait pas soupçonné l'existence. Mais alors c'est que l'on n'aura pas exploré la poitrine ; et cette proposition, loin de détruire la première, ne fait que la confirmer; car elle prouve que, si on n'a point reconnu l'anévrisme, ce n'est pas que l'art manque de moyens pour le découvrir, mais que ces moyens n'ont pas été mis en usage.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile. Oportet autem non modò se ipsum exhibere quæ oportet facientem, sed etiam ægrum, et præsentes, et externa. *Sect.* 1, *aph.* 1.

II.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Ibid.*, *aph.* 6.

III.

Duobus laboribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 46.

IV.

Leucophlegmatiæ hydrops supervenit. *Sect.* 7, *aph.* 74.

V.

Quibus sanguinem de venis auferre conducit, his vere venam secare oportet. *Ibid.*, *aph.* 53.

VI.

Mulierem in utero gerentem ab acuto aliquo morbo corripi, lethale. *Sect.* 5, *aph.* 30.